

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LIDIANE MENDONÇA GOMES

ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO

CURITIBA

2016

LIDIANE MENDONÇA GOMES

ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista em Gestão em Saúde Pública no curso de Pós-Graduação em Gestão em Saúde Pública, pela Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza.

CURITIBA

2016

*As minhas filhas, Bianca e Beatriz, combustível diário para seguir em frente.
A minha mãe, pois sem seu incentivo não teria concluído esta caminhada.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por tua infinita misericórdia, pois nos momentos em que mais precisei Ele esteve ao meu lado.

Aos meus pais, por acreditarem e me apoiarem em todos os momentos da minha vida, sendo incentivadores diários.

Ao meu marido, com quem compartilhei minhas dificuldades e conviveu com minhas ausências.

As minhas filhas que foram as peças mais importantes desta caminhada, descontraindo meus dias com seus sorrisos encantadores.

A Prof.^a Dr^a. Silvana Regina Rossi Kissula Souza, orientadora que sempre esteve disponível para auxiliar, colaborando e norteando, para construção deste projeto técnico.

A tutora presencial Patricia e ao tutor a distância Rafael, que estiveram sempre à disposição, auxiliando na resolução de problemas e minimizando as dificuldades encontradas.

Agradeço ao Secretário Municipal de Saúde, Fernando Aguilera, que permitiu a realização da pesquisa de campo no município.

E a todos que estiveram presentes nesta caminhada e contribuíram para o meu aprimoramento profissional.

Muito obrigada!!!

RESUMO

O presente projeto técnico se propõe a elaborar ações e estratégias de gestão em saúde para implementação do aconselhamento preconcepção na atenção primária, no qual o Ministério da Saúde a fim de minimizar danos e melhorar a assistência à saúde e ao pré-natal e facilitar o acesso aos métodos contraceptivos e conceptivos preconiza que o casal seja vinculado a um serviço de atenção primária, onde serão abordados aspectos relacionados a patologias prévias, desejo de uma gestação e qualidade na escolha do método contraceptivo. Para tanto traçou-se o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes acompanhadas em pré-natal na Unidade de Saúde Jardim das Graças no município de Colombo, que se deu após a análise dos dados levantados. Pois conhecer o perfil das gestantes possibilita propor ações e estratégias de aconselhamento preconcepção nos serviços de saúde para uma população adscrito, visando a melhoria e a qualidade do atendimento. Com o resultado, observou-se a prevalência de gestações indesejadas na adolescência. Sendo que a proposta técnica foi elaborada para atingir esta população, no qual desenvolveu-se um plano de ação a ser implementado na unidade de saúde em parceria com escolas, pois é neste ambiente que se encontram o maior número de adolescentes. A implantação desta estratégia nas unidades de saúde visa fornecer informações para os alunos pela equipe de saúde sobre aconselhamento preconcepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST), métodos contraceptivos e direitos sexuais e reprodutivos, tanto na educação fundamental quanto no ensino médio, a fim de minimizar os danos e risco de gestações não planejadas na adolescência.

Palavras-Chaves: Aconselhamento preconcepção. Estratégias de Gestão. Adolescência. Gestação Não Planejada.

ABSTRACT

This technical project aims to develop actions and health management strategies for the implementation of preconception counseling in primary care, in which the Ministry of Health in order to minimize damage and improve health care and prenatal and facilitate access to contraceptives and contraceptives methods advocated that the couple is linked to a primary health care service, where aspects related to previous pathologies will be addressed, desire for pregnancy and quality in the choice of contraceptive method. For that traced the profile demographic and obstetric partner of pregnant women assisted in the prenatal Health Unit Garden of Grace in the city of Columbus, which occurred after the analysis of the data collected. Because knowing the profile of pregnant women allows propose actions and preconception counseling strategies in health services for a population ascribed in order to improve and the quality of care. With the result, there was a prevalence of unwanted pregnancies in adolescence. Since the proposed technique is designed to reach this population, which has developed an action plan to be implemented at the facility in partnership with schools, because it is in this environment that are the largest number of adolescents. The implementation of this strategy in the health units to provide information to students by the health team about preconception counseling, sexually transmitted diseases (STDs), contraception and sexual and reproductive rights, both in primary education and in secondary education, in order to minimize damage and risk of unplanned pregnancies in adolescents.

Key Words : preconception counseling . Management strategies. Adolescence. Not Planned pregnancy .

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES	23
GRÁFICO 2 – GRAU DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES	25
GRÁFICO 3 – PLANEJAMENTO GESTACIONAL	26
GRÁFICO 4 – TRIMESTRE GESTACIONAL DE INÍCIO AO PRÉ-NATAL	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 APRESENTAÇÃO	09
1.2 OBJETIVO GERAL	10
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.4 JUSTIFICATIVA	11
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO	12
2.2 CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO	13
2.2.1 Anamnese	14
2.2.1.1 Exame físico	16
2.2.1.2 Exames complementares	17
2.2.1.3 Vacinação	17
2.2.1.4 Prescrições	18
2.2.1.5 Situações especiais	19
2.3 LEGISLAÇÃO	20
3 DIAGNÓTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	22
3.1 RESULTADO E DISCUSSÃO	23
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA	29
4.1 PROPOSTA TÉCNICA	30
4.1.1 Plano de implantação	31
4.1.2 Recursos	34
4.1.3 Resultados esperados	34
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas	35
5 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIA	38
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

Vivemos em uma época onde o planejamento familiar e a concepção de família tem apresentado um paradigma muito diversificado do observado há anos atrás. Desta forma, os serviços de saúde, em especial a atenção primária, precisam estar inseridos neste novo conceito, com estratégias de ações que melhor atendam este perfil de usuários que frequentam as unidades de atenção à saúde.

1.1 APRESENTAÇÃO

O termo planejamento familiar de acordo com RAMOS (2015 B) traz como conceito um conjunto de ações que auxiliam homens e mulheres a planejar a chegada dos filhos, e também a prevenir gravidez indesejada. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) pressupõe que o planejamento familiar pode ser realizado tanto pelo homem, pela mulher ou com o casal, uma vez que as pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades, contribuindo para uma prática sexual saudável, que visa o planejamento dos filhos, com intervalos entre gestações e a proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Assim, uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) preconizada pelo Ministério da Saúde, consiste em salientar que o planejamento familiar é o conhecimento dos métodos contraceptivos e a sua livre escolha por parte das pessoas, e dentre os princípios que regem esta política está a atenção primária a saúde que deve garantir o acesso aos meios contraceptivos ou aos métodos para propiciar uma gravidez, bem como todo o acompanhamento clínico e ginecológico, com a orientação e esclarecimentos necessários para que as escolhas sejam conscientes e planejadas (BRASIL, 2002).

Para que as orientações sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos, conforme preconizado sejam efetivas, o gestor em saúde deve garantir que os profissionais da área, estejam capacitados e sensibilizados para auxiliar os usuários em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, acerca de orientar e instruir de forma individual e coletiva a população sobre o assunto (MOCCELLIN, PASTOR E PRADA,

s/d).

Os autores LENZ e FLORES (2011), apresentam um novo conceito acerca de planejamento familiar, denominado por aconselhamento preconcepção, o qual rege a integralidade dos cuidados de atenção à saúde e ao pré-natal, com o objetivo de promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias que possam prejudicar o andamento saudável de uma gestação.

É importante que o aconselhamento preconcepção, seja realizado preferencialmente com o casal, a fim de orientá-los, antes que estes optem pela suspensão do método contraceptivo, sendo que o papel do profissional de saúde neste momento é reconhecer precocemente as expectativas em relação a gravidez. (LENZ e FLORES, 2011).

Com base na importância da realização do aconselhamento preconcepção na atenção primária a saúde, observou-se a necessidade do gestor em saúde, primeiramente, conhecer e traçar o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes que são acompanhadas no Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Colombo na Unidade Saúde Jardim das Graças, a fim de obter dados que possibilitem propor ações e estratégias de aconselhamento preconcepção no serviço de atenção primária a população local, visando a melhoria e a qualidade do atendimento.

1.2 OBJETIVO GERAL

Propor ações de aconselhamento preconcepção na atenção primária no município de Colombo.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características sócio demográficas e dados obstétricos de gestantes acompanhadas em pré-natal;
- Listar estratégias e ações de gestão municipal para o aconselhamento preconcepção;

- Elaborar uma estratégia de aconselhamento preconcepção a fim de ser implementada no serviço de atenção primária do município de Colombo.

1.4 JUSTIFICATIVA

De acordo com algumas diretrizes e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a atenção no planejamento familiar contribui na redução da morbimortalidade materna e infantil, pois intervém em diversas situações de risco, tais como: gestações não desejadas e abortamentos provocados, cesáreas realizadas com o intuito de fazer laqueadura tubária, no uso de métodos contraceptivos irreversíveis, informação sobre o intervalo entre as gestações, planejamento da gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas ou metabólicas, como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), entre outras.

A fim de preconizar ações e implementar estratégias de aconselhamento preconcepção na atenção primária, observa-se a necessidade e importância de identificar o perfil sócio demográficas e os dados obstétricos das gestantes acompanhadas no município de Colombo/PR, para a elaboração de material de apoio, que possibilite ao profissional de saúde realizar a orientação necessária e com isso detectar e minimizar danos, proporcionando ao casal um planejamento gestacional para que este período da vida seja de tranquilidade e acolhimento no serviço de saúde.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 243) conceitua que: “planejar é, fundamentalmente, avaliar o passado, sondar o futuro, tomar decisões e prometer fazer”. Com uma definição mais ampla conforme RAMOS (2015 A) a finalidade do planejamento familiar, é tornar a decisão de constituir uma família de maneira pensada, desejada, feita de forma responsável, bem compreendida e assumida através da disponibilidade de conhecimento e informação sobre métodos contraceptivos e contraceptivos.

Após, observa-se a introdução de um novo conceito, para se evitar gestações, denominado por aconselhamento preconcepção, que preconiza que o casal seja vinculado a um serviço de atenção primária, onde será abordado aspectos relacionados a patologias prévias, desejo de uma gestação, qualidade na escolha do método contraceptivo, a fim de minimizar danos e melhorar a assistência à saúde e ao pré-natal e facilitar o acesso aos métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2012).

2.1 ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO

Entende-se por avaliação pré concepcional a consulta que o casal realiza antes de uma gravidez, com o objetivo de identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012).

Ainda para o Ministério da Saúde, o aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, o qual visa proporcionar uma análise em relação aos aspectos positivos e negativos sobre a decisão de ter filhos ou não e, quais os recursos necessários para auxiliá-los na escolha feita considerando o que seja mais adequado à sua realidade (BRASIL, 2013).

Para tanto, contribui para a decisão sobre o momento mais oportuno para concepção de uma gestação, considerando as condições físicas, sociais e mental, além de permitir acesso a informação sobre fertilidade e problemas de saúde, bem

como a gravidez e a maternidade poderá influenciar as áreas afetivas, educacional e social do casal (LENZ e FLORES, 2011).

Desta forma, observa-se que o planejamento de uma gravidez é fator determinante para o sucesso da concepção, pois se não planejada e/ou com acompanhamento inadequado pode resultar em riscos, para a mãe e o bebê. (LENZ e FLORES, 2011). Sendo que o aconselhamento preconcepção, possibilita que alguns fatores de risco sejam detectados no início da gestação com acompanhamento adequado, e também serve como espaço para promoção de saúde (OLIVEIRA, 2012).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) as seguintes recomendações devem ser observadas na avaliação preconcepção visando identificar problemas, avaliar riscos e prevenir doenças e malformações congênitas (QUADRO 1):

Avaliação Pré concepcional	Abordar/Realizar
Consulta preconcepção	Realizar anamnese e exame físico, exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais.
Avaliação do risco gestacional	Abordar a investigação dos problemas de saúde atuais e prévios, bem como a história obstétrica.
História clínica	Identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios da tireoide e os processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST).
História familiar	Avaliar doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes.
História obstétrica	Registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas.
Orientação	Quanto aos efeitos adversos associados ao uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas.

QUADRO 1 – RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO PRECONCEPÇÃO
FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2012).

2.2 CONSULTA DE ACONSELHAMENTO PRECONCEPÇÃO

A consulta de aconselhamento preconcepção nos serviços de atenção primária deve-se prioritariamente ser realizada com o casal atentando para a compreensão das informações fornecidas, deve incluir anamnese detalhada, levantamento da história familiar e valorizar o interrogatório das queixas e antecedentes de hábitos e patologias, seguida de exame físico geral e ginecológico (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010)

2.2.1 Anamnese

A anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde com o paciente, a fim de questionar sobre a história familiar e de patologias prévias, procurando minimizar as complicações de saúde (ROSSETTO, 1997).

O acolhimento na avaliação preconcepção, implica na recepção da mulher ou do casal desde a sua chegada na unidade de saúde, sendo que a história deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro, observando o contexto que se encontram, pois isto será determinante para o fortalecimento dos vínculos familiares e desenvolvimento de uma gestação sem intercorrências (BRASIL, 2005).

A anamnese deve-se iniciar questionando sobre problemas de saúde prévios, tais como: epilepsia, diabetes, hipertensão, doenças psiquiátricas, doenças sexualmente transmissíveis, distúrbios da tireoide, doenças tromboembólicas, doenças infecciosas (rubéola, varicela, toxoplasmose, hepatite B, infecção urinária) e histórico vacinal (MAGALHÃES e SANSEVERINO, 2011).

Importante questionar sobre a história familiar, para identificar os antecedentes familiares positivos para patologias que aumentam o risco de complicação na gravidez, bem como a prevalência de fibrose cística e hemofilia merecem ser investigadas, assim como anemia falciforme entre os negros e talassemias em mulheres com origem mediterrânea. Outras doenças dependerão de sua recorrência na família (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Deve-se oferecer o aconselhamento genético a casais que apresentam situação de risco: idade avançada (>35 anos), familiares portadores ou afetados por doença genética ou malformações, consanguinidade, história familiar de retardo mental, exposição ambiental com risco para o feto, uso crônico de medicamentos potencialmente teratogênicos (MAGALHÃES e SANSEVERINO, 2011).

Importante identificar o uso de medicamentos contínuo ou esporádico, pois algumas medicações devem ser modificadas ou revisadas conforme o risco que podem causar na gestação (LENZ e FLORES, 2011).

A orientação para o registro sistemático dos períodos das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos (BRASIL, 2013).

Na prevenção de infecções congênitas e perinatais, com conhecido potencial

teratogênico, existem medidas simples que devem ser orientadas para incorporar ao dia-a-dia das mulheres que planejam engravidar, devido a sua elevada morbimortalidade perinatal (CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL, s/d). Sendo elas:

a) Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV): o uso do coquetel antiviral durante a gravidez é indicado para quem já está fazendo o tratamento e para a grávida que possuem o vírus do HIV (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, s/d).

b) Sífilis: na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical, pois pode ser causa de abortamento tardio, natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro (BRASIL, 2012).

c) Rubéola: o objetivo é a prevenção da síndrome da rubéola congênita, com a vacinação seletiva dos grupos não imunes no período pré ou pós-gestacional devendo-se respeitar o período de 3 meses após a vacinação para a programação da gravidez (CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL, s/d).

d) Toxoplasmose: é importante avaliar a imunidade no período preconcepção, pois mulheres não imunes deverão ser orientadas a aderir medidas preventivas para evitar a soro conversão na gestação, pois em gestantes pode ocasionar aborto espontâneo, nascimento prematuro, morte neonatal, ou sequelas severas no feto, caso a infecção seja adquirida durante a gestação, principalmente durante os primeiros dois trimestres (AMENDOEIRA e CAMILLO-COURA, 2010).

e) Tuberculose (TB): a sintomatologia da gestante com tuberculose é semelhante à observada em outros doentes, porém os sintomas podem ser confundidos com alterações da própria gestação, o que pode retardar o diagnóstico (BRASIL, 2012).

f) Infecções urogenitais: este é um dos problemas mais comuns durante a gravidez, em torno de 17 a 20% das gestações. Está associado ao trabalho de parto prematuro, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal (BRASIL, 2010).

g) Hepatite B: o exame da hepatite B (HBsAg) deve ser solicitado na consulta preconcepção, e ser repetido durante a gestação, a fim de oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão materno-fetal (BRASIL, 2012).

h) Citomegalovírus (CMV): a gestante deve estar alerta para medidas que reduzem o risco de infecção pelo CMV durante a gravidez, de modo evitar a

exposições às fontes de infecção, para tanto na consulta preconcepção deve-se reforçar os hábitos de higiene, evitar aglomerações, reduzir o número de parceiros sexuais e não compartilhar objetos pessoais (BRASIL, 2010).

O uso de substâncias químicas tais como: tabaco, cocaína, maconha e álcool devem ser questionados e orientados antes e durante a gestação.

Em relação a violência (física, sexual ou psicológica) deve-se observar que a mesma exerce grande impacto sobre a saúde das gestantes, com consequências que podem comprometer a gestação e o recém-nascido. Lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção à mulher (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

De acordo com AUDI *et. al.* (2008) em estudo realizado observou-se que 19,1% das gestantes entrevistadas sofreram violência psicológica e 6,5% violência física/sexual.

O atendimento apropriado para gestante e a assistência ao pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Em relação a vida profissional e a atividade laboral da gestante, estas podem continuar nas gestações de baixo risco até o momento do parto, devendo-se avaliar as condições de trabalho da gestante, particularmente a possibilidade de acidentes.

Nos casos de alto risco, cada situação deve ser analisada (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

Quanto a vida conjugal, observa-se na sociedade atual que a formação das famílias nem sempre se comporta de forma tradicional, sendo cada vez mais comum a opção pela gravidez de mulheres homossexuais ou sem companheiros, por métodos de fertilização com doação de gametas. Nestes casos o preparo psicológico e o apoio do parceiro (a) são fundamentais neste período (CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL, s/d).

2.2.1.1 Exame físico

No exame físico da paciente deve-se realizar ausculta cardiorrespiratória,

palpar a tireoide, aferir pressão arterial, realizar a antropometria (verificação de peso e da altura) e calcular o índice de massa corporal (IMC) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

O excesso de peso é um dos fatores de risco obstétricos mais comuns, sendo risco para diabetes, distúrbios hipertensivos na gestação, maior taxa de cesarianas e aumento de complicações anestésicas e pós-operatórias. No entanto, a perda de peso durante a gestação não é recomendada por aumento no risco de defeitos de fechamento do tubo neural, logo a redução de peso deve ser realizada e estimulada no período preconcepção e não durante a gestação (MAGALHÃES e SANSEVERINO, 2011).

O exame ginecológico completo também deve ser realizado, com exame de mamas, estimulando o autoexame e a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino (BRASIL, 2005).

2.2.1.2 Exames complementares:

Alguns exames são de grande importância para a avaliação da saúde do casal, devendo ser solicitado na consulta preconcepção (QUADRO 2):

Mulher	Homem
Hemograma completo, tipagem sanguínea com fator RH, glicemia em jejum, ureia, creatinina, ácido úrico, VDRL, anti HIV, sorologias para: toxoplasmos, rubéola, citomegalovírus e hepatites B e C, TSH, T4 livre, urina com urocultura, coleta de citologia cérvico-vaginal, mamografia (se indicado) e ultrassonografia das mamas e tireoide	Hemograma completo, tipagem sanguínea com fator RH, glicemia em jejum, VDRL, anti HIV, sorologias para hepatites B e C, urina com urocultura e espermograma.

QUADRO 2 – EXAMES COMPLEMENTARES PRECONCEPÇÃO
 FONTE: CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL, (s/d).

2.2.1.3 Vacinação

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a

administração de vacinas de vírus inativados, de bactérias mortas, toxóides e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos acarrete qualquer risco para o feto (BRASIL, 2012).

a) Vacina contra tétano: a vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal, sendo realizada a vacina nas mulheres que não têm vacinação prévia ou esquema incompleto (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

b) Vacina contra a influenza pandêmica: observa-se que as gestantes infectadas pelo vírus influenza, principalmente no 3º trimestre da gestação e no puerpério imediato, têm risco aumentado de doença grave e pneumonia. Considerando a morbimortalidade durante a pandemia, a vacina contra influenza pandêmica está indicada para todas as gestantes, independentemente da idade gestacional que se encontre (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

c) Vacinação contra hepatite B (recombinante): por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, observa-se a importância da vacinação contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária (BRASIL, 2012).

2.2.1.4 Prescrições

O Conselho Federal de Medicina (Recomendação CFM nº 2/2013) recomenda que toda mulher que planeja engravidar, e que não apresente fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis, utilize 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico sintético, iniciando, no mínimo, 30 dias antes do dia em que planeja engravidar e mantendo sua ingestão durante os três meses iniciais da gestação (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

A suplementação do ácido fólico durante a gravidez tem grande importância, sendo comprovado o baixo risco de defeitos no tubo neural, favorecendo, com isto, o desenvolvimento saudável do recém-nascido, e evitando-se, assim, patologias tais como espinha bífida e anencefalia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

2.2.1.5 Situações especiais

A avaliação preconcepção tem-se mostrado altamente eficaz quando existem doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, diabetes e tireopatias, pois a partir das informações coletadas é possível realizar um acompanhamento diferenciado para a gestante visando o seu bem-estar e do bebê (BRASIL, 2002).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

A pré-eclâmpsia ou eclâmpsia é a primeira causa de morte materna e perinatal no Brasil, além do número significativo de neonatos com sequelas por hipóxia cerebral. Fatores de risco são nulíparas ou múltiparas, gestação gemelar, gestante com 40 anos ou mais, intervalo de gestação maior que 10 anos, hipertensão arterial prévia, história familiar de pré-eclâmpsia, diabetes, colagenoses (patologia do sistema conjuntivo), raça negra, obesidade ou doença renal. Complicações hipertensivas ocorrem em cerca de 10% das gestações e as pacientes devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco (LENZ e FLORES, 2011).

A paciente hipertensa crônica deve iniciar o pré-natal o mais precocemente possível. Deve ser estabelecido um bom relacionamento com a gestante, para que ela cumpra as orientações estabelecidas (FEBRASGO, 2011).

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (LENZ e FLORES, 2011).

A hiperglicemia na gestação causa problemas à mãe, ao conceito e à placenta, por essa razão, repercute em todas as fases da gestação e aumenta a morbimortalidade perinatal (FEBRASGO, 2011).

Os fatores de risco são: história prévia de diabetes gestacional, diabetes na família, baixa estatura (< 1.50 cm), idade superior a 25 anos, obesidade (IMC>27) ou ganho excessivo de peso na gestação atual, ovário policístico, antecedentes obstétricos de morte fetal, neonatal ou macrosomia, hipertensão e pré-eclâmpsia na gestação atual, crescimento fetal excessivo ou polidrâmnios (LENZ e FLORES, 2011).

O controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto no

diabetes pré-gravídico como no gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais (BRASIL, 2013).

Todas as gestantes, independentemente de apresentarem fatores de risco, devem realizar uma dosagem de glicemia no início da gravidez, antes de 20 semanas, ou tão logo seja possível (BRASIL, 2010).

Deve-se esclarecer de forma incisiva às pacientes com DMG sobre os riscos de sua doença e que o controle rigoroso de suas glicemias, durante toda a gestação, é que determinará o bom resultado da mesma, diminuindo as complicações neonatais e outros eventos mórbidos, principalmente a mortalidade perinatal. Instruí-las também sobre a frequência e as técnicas corretas de automonitorização de suas glicemias capilares. (FEBRASGO, 2011).

As doenças da tireoide costumam se manifestar na fase reprodutiva da vida das mulheres e são a segunda endocrinopatia mais frequente na idade fértil, justificando a importância do estudo no ciclo gravídico-puerperal (FEBRASGO, 2011).

O exame inicial da gestante no pré-natal deve incluir a palpação da tireoide, pois cerca de 0,2% das gestações podem cursar com patologias tireoidianas, e assim o exame físico e a anamnese podem ajudar no diagnóstico (BRASIL, 2010).

A tireotoxicose pode se associar à irregularidade menstrual, anovulação e esterilidade. Em situações não tão graves de descontroles, pode a mulher ovular e engravidar, porém, estará mais sujeita a abortamento, inclusive por insuficiência lútea, além de problemas relacionados ao fato de ser uma doença autoimune, e essas alterações podem interferir nas perdas gestacionais (FEBRASGO, 2011).

O aconselhamento preconcepção consiste em uma série de cuidados que deverão ser feitos antes do casal iniciar com as tentativas para a gravidez, tendo como objetivo a prevenção de complicações materno-fetais e o rastreamento de riscos.

2.3 LEGISLAÇÃO

A atenção primária com a preocupação em zelar pela saúde reprodutiva da população, assegurada pela legislação, deve exercer seu papel no que diz respeito a

promoção e prevenção a saúde, disponibilizando e facilitando o acesso ao aconselhamento preconcepção (BRASIL, 2005).

Pois o direito a saúde está assegurado na Constituição Federal de 1988, onde traz no seu Artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

Sendo reforçado pela Lei nº 8.080/90 no seu Artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (BRASIL, 1990).

Em relação a formação da família a Constituição Federal de 1988, traz no Artigo 226 a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado:

“§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BRASIL, 1988).

Já o direito concebido a todo cidadão em relação ao planejamento familiar vem exposto na Lei nº 9.263/96 no seu Artigo 2º: “entende-se por planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (BRASIL, 1996). E ainda no seu Artigo 5º traz que: “é dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar” (BRASIL, 1996).

Diante do direito assegurado pela legislação o Ministério da Saúde demonstrou preocupação em zelar pela saúde sexual e reprodutiva da população, para o qual criou programas como o Pacto Nacional pela Redução de Mortalidade Materna e Neonatal e a Política Nacional de Planejamento Familiar (RAMOS, 2015 A).

Contudo, é necessário que o gestor, introduza na atenção primária o aconselhamento preconcepção, com a elaboração de material de apoio, a fim de possibilitar que os profissionais da saúde realizem consultas e desenvolva ações de promoção a saúde e minimização de danos.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA:

Para a realização deste projeto técnico primeiramente efetuou-se uma revisão bibliográfica relacionada com o tema proposto. Posteriormente, realizou-se um levantamento de dados através da análise de uma amostra de 81 Fichas de Cadastros de Gestante do Sis Pré-Natal (Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança), (ANEXO 1), na Unidade de Saúde Jardim das Graças, Colombo/PR a fim de traçar o perfil sócio demográfico e obstétrico das gestantes acompanhadas em pré-natal na atenção primária.

Os dados foram obtidos após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município sob o memorando nº 375/2015 (ANEXO 2). O sigilo das informações foram assegurados conforme os padrões éticos preconizados, bem como o retorno dos resultados obtidos aos responsáveis pela Secretaria Municipal de Saúde de Colombo. Concluído o processo de levantamento dos dados, procedeu-se a análise e tabulação dos mesmos em planilhas de Excel.

De acordo com as informações disponíveis sobre o perfil das gestantes em nível nacional e estadual, e com base nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observou-se que o padrão de fecundidade no período de 2000 a 2006 registrou predominantemente os nascimentos oriundos de mães dos grupos etários de 20 a 24 anos, sendo que em 2006 dos nascidos, 51,4% eram filhos de mães com idade até 24 anos. No Paraná o percentual de nascidos vivos por grupo de idade da mãe também se manteve dos 20 a 24 anos com 27,5% (IBGE, 2009).

Outro dado importante analisado está relacionado com o número de consultas de pré-natal, usando como base os casos extremos, ou seja, “nenhuma consulta” como indicador de inadequação total do uso desse serviço e “sete ou mais consultas”, como situação adequada. Evidenciou-se o aumento da proporção de nascidos vivos cujas mães realizaram sete ou mais consultas pré-natal, passando de 43,7%, em 2000, para 54,5%, em 2006, e caindo a condição totalmente inadequada, que já era baixa em 2000, ao passar de 4,7% para 2,1%, em 2006. No Paraná, em 2006, 74,8% das gestantes realizaram de 7 ou mais consultas de pré-natal (IBGE, 2009).

Importante salientar que a escolaridade da mãe é um fator diferencial neste processo de acesso à assistência ao pré-natal. O que se observa é que entre as mães que não tinham nenhuma instrução foi encontrada a maior proporção de nascidos

vivos cuja gestação não teve qualquer consulta no pré-natal. Dentre as mães mais escolarizadas, isto é, com 12 anos ou mais de estudo, está a maior porcentagem de nascidos vivos cuja gestação teve o acompanhamento realizado por sete ou mais consultas pré-natal (IBGE, 2009).

Já a proporção de mulheres com filhos aumenta com a idade, sendo em 2001, na faixa de 25 e 49 anos, 82,8% tinham, pelo menos, um filho. Os dados também revelam índices altos de gravidez na adolescência, uma vez que, entre as jovens de 15 a 17 anos, a proporção de mulheres com, pelo menos, um filho é de 7,3% no país (IBGE, 2009).

3.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segue os resultados obtidos após a tabulação e análise dos dados coletados em relação a idade, grau de escolaridade, planejamento gestacional e o início ao pré-natal das gestantes da Unidade de Saúde Jardim das Graças. Os dados da pesquisa foram comparados com a literatura disponível, seguindo após cada gráfico a discussão dos resultados.

Em relação a faixa etária das gestantes cadastradas na Unidade de Saúde Jardim das Graças, observou-se:

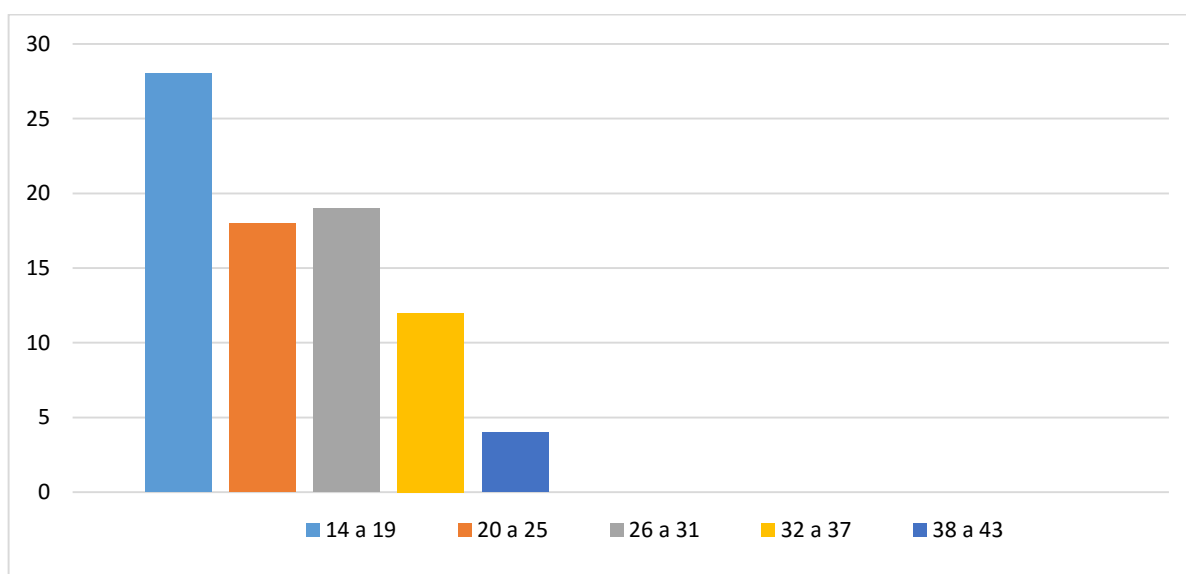


GRAFICO 1 – FAIXA ETÁRIA DAS GESTANTES
 FONTE: A autora (2015)

Nota-se que existe uma maior incidência de gestantes na faixa etária compreendida entre os 14 a 19 anos com 33,3% do total.

Sendo que, com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período da vida da pessoa que compreende entre os 10 e os 19 anos de idade (EISENSTEIN, 2005), portanto este foi o parametro utilizado na análise deste dado da pesquisa, respeitando o mesmo intervalo entre as idade.

Sabemos que a gravidez na adolescência tem aumentado em vários países, inclusive no Brasil, sendo observado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006), que houve uma redução da taxa de fecundidade em todas as faixas etárias, com exceção das mulheres de 10 a 19 anos, pois nessa faixa, passou de 18,9%, em 1993, para 21,6%, em 1996. No geral, 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva e entre as mulheres de 19 anos, uma em cada três esteve grávida alguma vez.

A saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes é motivo de constante preocupação para pais, educadores, profissionais de saúde e governantes, uma vez que suas consequências são de alto impacto individual e social (GUANABENS. *et. al*; 2010).

É fato que a associação entre conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro é frágil, levando à gravidez na adolescência e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis. O acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual tem sido considerado importante na redução do número de partos feitos em adolescentes na rede pública brasileira (GUANABENS. *et. al*; 2010).

Chama a atenção, no entanto, o aumento do percentual de partos em adolescentes de 10 a 14 anos, em intervalo de tempo relativamente curto: em 1993, dos 2.856.255 partos realizados no SUS, 0,93% aconteceram na faixa dos 10 aos 14 anos; em 1997, a ocorrência foi de 1,23% apresentando uma elevação quando comparado anteriormente. (CAVASSIN e ARRUDA, 1999).

Dentro dos índices gerais de crescimento do número de mães em todo país, esse número pode ter pouco significado, em termos de peso estatístico, porém, enquanto fenômeno de natureza social, ele é um sinal de alerta, que pede pronta investigação e implementação de programas de prevenção específicos para adolescentes de ambos os sexos (CAVASSIN e ARRUDA, 1999).

Quando analisado o grau de escolaridade destas gestantes observamos o seguinte gráfico:

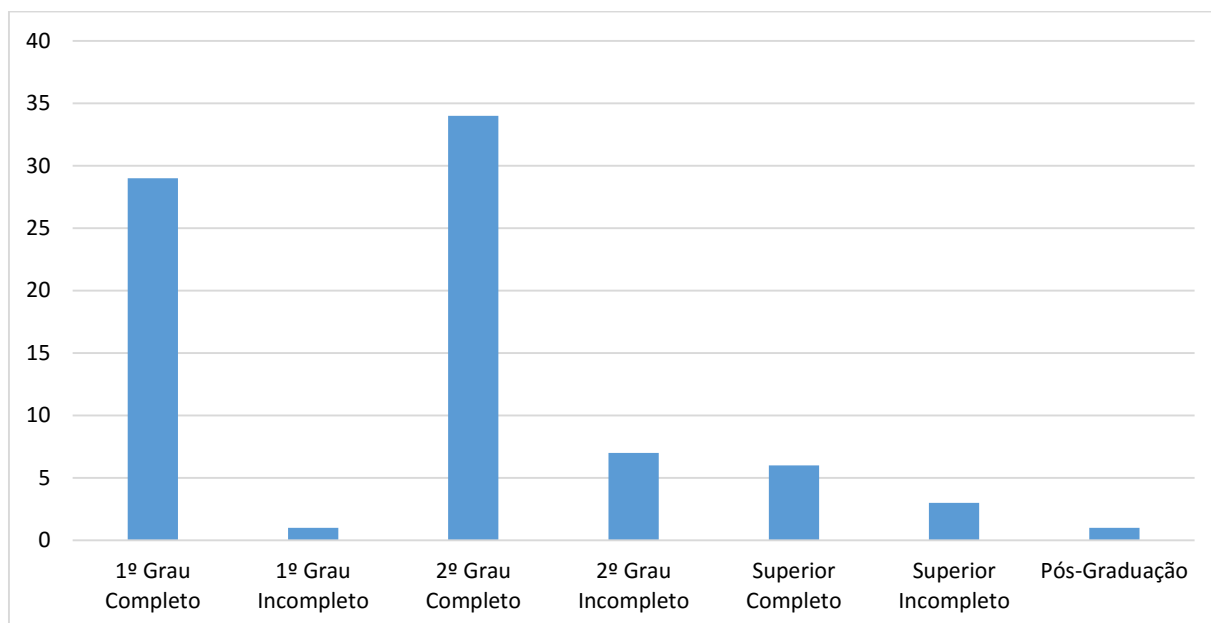


GRÁFICO 2 – GRAU DE ESCOLARIDADE DAS GESTANTES
 FONTE: A autora (2015)

Percebe-se que a maior incidência de gestações compreende entre as gestantes com 2º grau completo (41,9%), seguido pelo nível de 1º grau completo (35,8%). Nota-se que a diferença entre 1º grau e 2º grau é bastante pequeno, compreendendo um total de 77,7% do total da amostra.

De acordo com PNDS (2006) a escolaridade das mulheres continua sendo um diferencial importante para taxa de fecundidade: para aquelas sem instrução a taxa foi igual a 4, enquanto que ficou abaixo de 1,6 para mulheres com escolaridade mínima de 9 anos.

Observou-se na literatura que a baixa escolaridade da gestante pode estar associada a alguns problemas em relação a gestação, destacando o maior risco de mortalidade materna, bem como a prematuridade ou a mortalidade fetal (RAMOS e CUMAN, 2009).

É preciso considerar que não há dúvidas quanto ao benefício de se incluir temas como sexualidade e saúde reprodutiva no contexto educacional, pois é um meio competente para divulgar informações consistentes e de qualidade, contribuindo dessa forma na prevenção das DST/Aids, direitos sexuais e reprodutivos e questões associadas à gravidez na adolescência (GUANABENS. *et. al*; 2010).

Assim, conclui-se que o baixo nível de escolaridade é um dos fatores que mais influenciam a gestação durante a adolescência.

Ao analisar o planejamento em relação a gestação, o estudo apontou para o seguinte dado:



GRÁFICO 3 - PLANEJAMENTO GESTACIONAL

FONTE: A autora (2015)

Nota-se que 65,4% das gestações não foram planejadas, e 34,6% das gestações foram planejadas. Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada (BRASIL, 2012). Conforme OLIVEIRA (2012), observou-se que atualmente, estima-se que cerca de 50% das gestações não foram planejadas, principalmente quando esta é entre adolescentes.

De acordo com o PNDS (2006) os dados apontam para um decréscimo das gestações não planejadas, verificando queda significativa, entre 1996 e 2006, na proporção de 23,1% para 18,2%. Esse dado demonstra que as mulheres em idade fértil, estão cada vez mais conseguindo atingir seu número desejado de filhos.

Observa-se que a realidade evidenciada no município de Colombo não condiz com os dados exposto na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

Já em relação ao trimestre gestacional de início ao pré-natal na Unidade de Saúde, observou-se os dados a seguir:

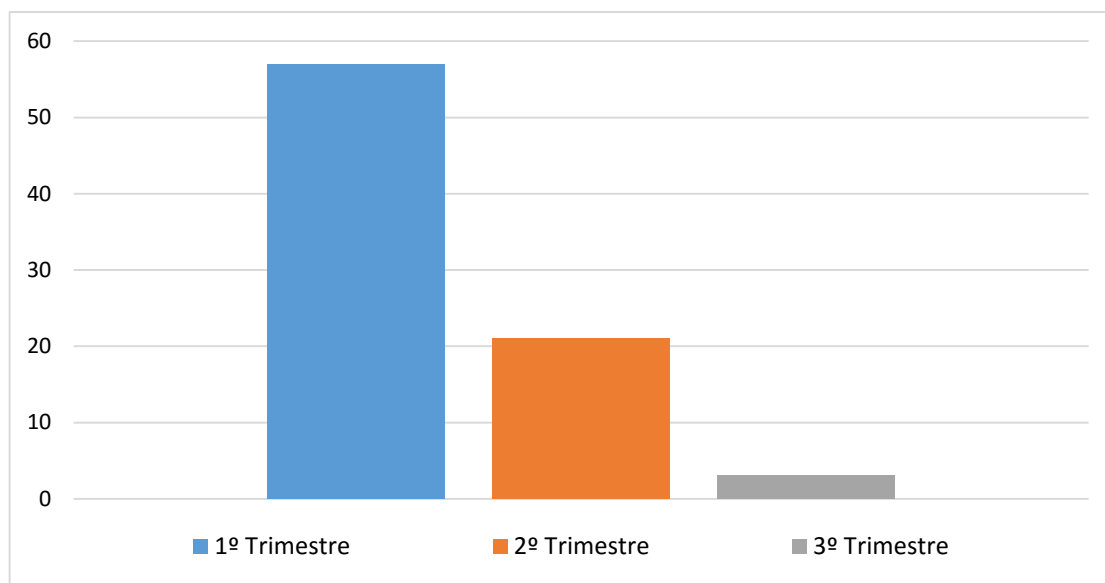


GRÁFICO 4 - TRIMESTRE GESTACIONAL DE INÍCIO AO PRÉ-NATAL
 FONTE: A autora (2015)

O período gestacional em várias literaturas é estratificado em três trimestres, sendo que cada um deles possuem as suas próprias características, sendo assim classificadas:

- O primeiro trimestre compreende até o final da 12ª semana gestacional;
- O segundo trimestre inicia-se na 13ª semana até o final da 26ª semana gestacional;
- O terceiro trimestre compreende a 27ª semana até o final da gestação.

Por recomendações de alguns autores como Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), SECRETARIA DE ESTADO DO PARANÁ (2013) e FEBRASGO (2015), o início a atenção ao pré-natal deve ser o mais precocemente possível, sendo orientado iniciá-lo em até 120 dias após a data da última menstruação, ou seja, no primeiro trimestre gestacional.

Sendo que a maioria das gestantes (70,4%) analisadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, conforme recomendado, com um percentual baixo de início tardio. Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) recomenda o mínimo de seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. Nos casos de risco, as consultas devem ocorrer com maior frequência.

Após a análise dos dados coletados observou-se que o perfil das gestantes acompanhadas em pré-natal na atenção primária no município de Colombo tem como características predominantes gestantes na faixa etária de 14 a 19 anos, com 2º grau completo de escolaridade, que conceberam uma gestação não planejada, iniciando

as consultas de pré-natal no primeiro trimestre gestacional.

A partir destas características sociais é possível propor ações e estratégias para acompanhamento preconcepção na atenção primária, a fim de reduzir gestações não planejadas na adolescência.

Pois do ponto de vista psicológico, classifica que a adolescência corresponde ao período que se estende da terceira infância até a idade adulta, marcado por intensos processos conflituosos e persistentes e por esforços de autoafirmação. Corresponde à absorção dos valores sociais e à elaboração de projetos que impliquem plena integração (CAVASSIN e ARRUDA, 1999).

É necessário salientar que a forma de inserção da adolescência ou da juventude na vida social adquire formas e importâncias diferenciadas ao longo da história, variando de sociedade para sociedade, de cultura para cultura e de acordo com o contexto econômico de cada época (BRASIL, 2008).

Pois a gravidez não planejada traz como consequência um aumento do número de abortos, de complicações durante a gestação e conseqüentemente, aumentam os gastos com a saúde, sendo também um indicativo que pode aumentar a chance de a mulher desenvolver depressão pós-parto (BRASIL, 2004).

Conforme o estudo anual “Situação da População Mundial” realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas, concluiu-se que o Brasil conseguiria acumular R\$ 7 bilhões a mais na arrecadação anual se as adolescentes adiassem a gravidez até depois dos 20 anos. O estudo destaca ainda as conseqüências da maternidade precoce e não planejada para estas adolescentes, sendo que uma delas, apontadas pelo relatório, é a taxa de abortos inseguros realizados anualmente em países em desenvolvimento: até 3,2 milhões, envolvendo jovens de 15 a 19 anos (CODOGNO, 2013).

Com base nestas análises é preciso que o gestor pense em ações de forma a atingir essa população, a fim de minimizar danos e riscos à saúde.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

É preciso que o gestor em saúde proponha estratégias para melhoria das situações que podem acometer o desenvolvimento saudável de uma gestação.

Desta maneira, pensando em propor estratégia em nível de gestão municipal (Secretaria de Saúde) é possível sugerir algumas ações a serem desenvolvidas no município a fim de proporcionar um aconselhamento preconcepção que qualifiquem o atendimento prestado nas unidades de saúde e impactar nos dados obtidos.

Uma das ações proposta pelo gestor municipal e praticada pelas equipes da atenção primária, seriam as oficinas e palestras, realizadas nas unidades de saúde periodicamente, convidando mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) a participarem, devendo abordar o tema de aconselhamento preconcepção de forma clara e dinâmica, a fim de reduzir as gestações indesejadas.

Outra ação que poderia ser desenvolvida pela Secretaria de Saúde, seria o uso de meios digitais, tendo como meta a diminuição de gravidez na adolescência. O gestor em saúde pode utilizar das redes sociais para alcançar este objetivo, pois é de conhecimento de todos que os adolescentes estão cada vez mais conectados pela internet, portanto é possível se utilizar destes meios para a conscientização em aconselhamento preconcepção, direitos sexuais e reprodutivos e doenças sexualmente transmissíveis (DST), desta população. Esta ação se bem desenvolvida e executada, tem por objetivo atingir de forma rápida um grande número de pessoas e adolescentes, permitindo que seja estabelecido um vínculo desta população com o serviço de atenção primária a saúde.

Outro método para a orientação em relação ao aconselhamento preconcepção, planejamento familiar, direitos sexuais e reprodutivos, métodos contraceptivos e DST, seria com a elaboração por parte da Secretaria Saúde de encartes, folders e cartilha, que após a sua elaboração e impressão poderiam ser amplamente distribuídos para a população do município de Colombo.

Em continuidade a estas ações é preciso que a Secretaria de Saúde, implante nas unidades de saúde o aconselhamento preconcepção, podendo ser realizado um protocolo próprio para o tema, com a participação de uma equipe multidisciplinar, que norteie esse atendimento.

Para a elaboração deste protocolo o gestor poderá formar um grupo técnico

com profissionais de diversas áreas, como: médico da família, ginecologista, pediatra, dentista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e assistente social, sendo que estes profissionais podem ser da própria rede de servidores do município, que em encontros periódicos discutiriam e elaborariam um protocolo de aconselhamento preconcepção na atenção primária. É possível utilizar como base protocolos já existentes como por exemplo: o guia para Consulta Pré-concepcional – Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade do Rio de Janeiro (s/d) e a Consulta Pré-concepcional da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2011), bem como os protocolos do Ministério da Saúde.

O protocolo seria um instrumento de extrema importância para o sucesso na diminuição das gestações não planejadas, bem como as intercorrências que podem alterar o curso saudável de uma gestação.

Com a implementação destas ações e estratégias de aconselhamento preconcepção pelo gestor e a Secretaria de Saúde no município de Colombo, objetiva-se a redução de gestações não planejadas, principalmente na adolescência.

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Para elaboração da proposta técnica a ser implementada na unidade de saúde é preciso pensar prioritariamente em realizar o aconselhamento preconcepção em mulheres com idade entre 14 a 19 anos, sendo que muitas vezes essas usuárias procuram o serviço de saúde quando já estão grávidas, e normalmente com uma gestação não planejada.

Para atingir este objetivo é necessário propor um plano de ação, para a população de adolescente, que normalmente encontram-se no ambiente escolar. Portanto, é necessário criar um programa municipal que permita que o serviço de saúde possa desenvolver atividades relacionadas ao aconselhamento preconcepção, DST, métodos contraceptivos e direitos sexuais e reprodutivos no ambiente escolar, tanto na educação fundamental quanto no ensino médio.

4.1.1 Plano de implantação

Para que este tema alcance essa demanda de adolescentes, o gestor local, deve conhecer primeiramente as escolas que pertence a área de abrangência da unidade de saúde.

Após este mapeamento é necessário realizar o vínculo destas escolas ao serviço de atenção primária a saúde, apresentando o plano de ação e as atividades que serão desenvolvidas pela equipe de saúde no ambiente escolar, podendo elaborar as estratégias juntamente com o diretor da escola. É possível estabelecer um calendário com visitas mensais as escolas com a equipe multidisciplinar da unidade de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde).

Destacando que o espaço escolar, é o local em que grande parte dos adolescentes se encontram, portanto, se a unidade de saúde obter o espaço de intervir de maneira a romper tabus e levando para dentro das salas de aulas temas como: conhecendo o próprio corpo, desenvolvimento hormonal, direitos sexuais e reprodutivos, DST, aconselhamento preconcepção, métodos contraceptivos, entre outros, sendo que para isso é preciso ter o cuidado de abordar o assunto de maneira dinâmica, que facilite o entendimento e estabeleça o vínculo destes alunos aos serviços de saúde.

Para trabalhar a temática de orientação sexual no ambiente escolar, é importante que haja uma conversa anteriormente com os pais, para que estes possam esclarecer suas dúvidas do que será trabalhado e para terem a certeza de que seu filho receberá uma orientação para sanar dúvidas e ajudá-lo a entender a sexualidade de uma maneira mais clara, e não um estímulo ao ato sexual, pois toda informação dada, deve ser levada em conta a criança e sua realidade.

Assim, é necessário pensar em assuntos e estratégias diferentes para abordar o tema no ensino fundamental e ensino médio, pois os profissionais de saúde estarão realizando suas atividades com alunos de faixas etárias e entendimentos bem diferenciados devendo ser abordados assuntos de acordo com o interesse e a capacidade cognitiva de cada faixa etária.

Pois, por uma questão de crenças, valores até mesmo de religião, o tema sexualidade não é abordado com frequência e de maneira eficiente, pois mesmo

sendo um tema que ainda hoje tem restrições para ser falado, as crianças e jovens tem cada vez mais vontade e necessidade de saber várias questões relacionadas à sexualidade, visando isso, pode se dizer que a orientação sexual, tema transversal do ensino fundamental pelos parâmetros curriculares nacionais, é de grande importância na vida de qualquer pessoa, inclusive na vida das crianças (SANTOS e RUBIO, 2013).

Para o ensino fundamental compreendido do 1º ao 9º ano onde as idades vão de 6 a 14 anos, é preciso abordar assuntos como: conhecendo o próprio corpo, mudanças na aparência, aparelho sexual e reprodutivo, desenvolvimento hormonal, entre outros, de maneira muito dinâmica e esclarecedora.

Lembrando que é na puberdade, quando ocorre a passagem da infância à adolescência, que a sexualidade fica ainda mais em evidência, uma vez que, a percepção das mudanças começam a ocorrer no próprio corpo, nos meninos há o aumento do pênis, e o poder de ereção que existe desde a infância é acompanhado da ejaculação, e nas meninas há a menstruação que não tem caráter propriamente sexual e dentre as transformações físicas, é o aparecimento do seio a mais visível e significativa, embora não tenha um caráter sexual funcional imediato (SANTOS e RUBIO, 2013).

E preciso manter com os alunos uma escuta ativa, permitindo o diálogo, e possibilitando espaços para esclarecimento de dúvidas. Uma estratégia a ser aplicada seria a disponibilidade de uma “caixinha” de dúvidas, onde todos os alunos poderiam participar escrevendo suas dúvidas e seus anseios sem serem identificados, desta forma o profissional da saúde poderia identificar os assuntos a serem trabalhados com a turma.

Já para o ensino médio compreendido por três anos, onde as idades vão de 14 a 17 anos, é preciso abordar temas relacionados com: sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento preconcepção, métodos contraceptivos, o que uma gestação pode acarretar, entre outros. É nesta faixa etária que os assuntos devem ser abordados de maneira mais clara e objetiva, esclarecendo os riscos e consequências que o ato sexual desprotegido pode acarretar para a vida do adolescente.

A iniciação da vida sexual entre adolescentes tem causado uma preocupação cada vez maior entre profissionais da saúde, pais e professores em decorrência da falta de conhecimentos sobre a concepção e uso de contraceptivos (SANTOS e NOGUEIRA, 2009). Mesmo com diversas campanhas, com a ajuda de prevenção

pelos meios de comunicação, ainda assim, muitos jovens adquirem uma vida adulta, sem ao menos terem terminado os estudos (SANTOS e RUBIO, 2013).

É necessário que os adolescentes percebam que o ato sexual desprotegido não leva apenas a uma gestação indesejada, mas sim as doenças sexualmente transmissíveis, e que o uso de anticoncepcional não evita que elas sejam contraídas (SANTOS e NOGUEIRA, 2009). É muito importante o papel do profissional de saúde, inserido no ambiente escolar, para a abordagem destes assuntos e o esclarecimento de dúvidas a fim de diminuir o número de gestações indesejadas na adolescência.

O risco de uma vida sexual imatura e sem conhecimento não se refere apenas a uma gravidez indesejada que se conclui ou não, mas sim devido ao contágio das doenças sexualmente transmissíveis, cuja sua transmissão mais frequentemente acontece pela relação sexual desprotegida, sendo que essas doenças podem ser curáveis ou não (SANTOS e RUBIO, 2013).

Para os alunos do ensino médio, é possível a disponibilidade de consultas individuais com o profissional médico, a fim de esclarecer dúvidas, e fornecer opções para a melhor escolha do método contraceptivo, esclarecendo que o primeiro método de escolha deve ser o preservativo, pois é o único método de barreira capaz de prevenir contra as DST (SANTOS e NOGUEIRA, 2009).

O direito ao profissional médico na prescrição de contraceptivo para adolescentes está assegurado de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2002), sendo respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética Médica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2002).

Os adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito a sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2002).

As dúvidas e falta de informações, acarretam ao adolescente uma série de dificuldades e medos de não saberem o que fazer com os desejos, com o corpo e com o outro (SANTOS e RUBIO, 2013).

É importante que o jovem saiba que a relação sexual faz parte da vida de todas as pessoas, afinal, é a partir dela que as pessoas formam suas famílias, participando

do ciclo que existe na vida. Os adolescentes precisam estar conscientes que para tudo tem sua hora e que não é viável antecipar tanto uma fase da vida, sendo que todas elas são importantes, e que com responsabilidade, todas essas fases se tornam mais tranquilas e felizes (SANTOS e RUBIO, 2013).

A inserção da equipe dos profissionais de saúde da atenção primária no espaço escolar, é uma estratégia que poderá, futuramente, diminuir os índices de gestações indesejadas na adolescência, sendo uma forma de vincular este adolescente ao serviço de saúde, aproveitando para esclarecer dúvidas sobre sexualidade e DST, minimizando os gastos pelo SUS com tratamentos dessas doenças e permitindo que esses alunos iniciem sua vida sexual de maneira segura e consciente.

4.1.2 Recursos

Como recurso será necessário a participação dos profissionais da unidade de saúde que deverão disponibilizar um período para ação e deslocar-se até a escola.

A escola deverá ceder um espaço físico que comporte receber os pais para conversa e também para o atendimento individual do profissional médico aos adolescentes.

Outro recurso bastante importante para a efetivação desta estratégia é a disponibilidade de recursos audiovisuais, bem como amostra dos métodos contraceptivos, imagens e peças do aparelho reprodutor feminino e masculino, guias seriados (disponibilizados pelo Ministério da Saúde) sobre DST e reprodução; e os materiais necessários para o desenvolvimento de atividades e dinâmicas.

Organizar e programar juntamente com a escola um horário para os profissionais de saúde desenvolverem suas atividades em sala de aula.

4.1.3 Resultados esperados

Após a implementação das ações e estratégias propostas, espera-se que o perfil das gestantes do município de Colombo sofra alterações significativas no que

diz respeito prioritariamente aos indicativos de gestações não planejadas e a gravidez na adolescência.

Pois poder planejar a gravidez e ser preparada adequadamente para essa fase é um direito, porém, essa prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. Para que isso ocorra, a unidade de saúde deve estar preparada para estimular essa população a buscar esse recurso, principalmente para os grupos mais suscetíveis, como as adolescentes (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2010).

A implementação da estratégia de inserção da equipe da unidade de saúde no ambiente escolar, bem o aconselhamento preconcepção para os alunos, tem como objetivo disponibilizar informações para que o desejo de uma gestação aconteça de forma programada e com todos os cuidados que antecedem tal vontade.

Pois o planejamento de uma gravidez contribui para a decisão informada sobre o momento mais oportuno para uma gestação, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais (ALENCAR, 2014).

Espera-se que o vínculo estabelecido do serviço de saúde com a educação, possibilite um trabalho em conjunto, pois é no ambiente escolar que se consegue desenvolver ações de educação em saúde e direitos sexuais com a população de adolescentes. Estratégia que visa minimizar os casos de gestação indesejada na adolescência e as DST.

Com a implementação dessa estratégia pelo serviço de saúde, é possível esperar como resultado uma melhora no perfil sócio demográficas e dados obstétricos das gestantes do município de Colombo, principalmente nos itens relacionados com gestações na adolescência e gravidez indesejadas, permitindo um melhor planejamento por parte dos usuários em relação ao melhor momento para concepção de um filho.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

Tendo como base os resultados obtidos, bem como a proposta e estratégia sugerida, pode-se observar que um dos problemas esperados está relacionado principalmente na incorporação do tema de orientação sexual no ambiente escolar

para aos adolescentes.

Pois percebe-se que lidar com o início da vida sexual do adolescente pode estar associado a preconceitos, tabus, crenças, valores singulares, questões éticas, familiares e de responsabilidade. Para tanto, como medida preventiva, é necessário manter um diálogo conjunto e frequente com equipe de saúde, educadores e pais, sempre respeitando o interesse e a capacidade cognitiva dos alunos em cada faixa etária.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que no município de Colombo, observa-se uma incidência de gestações na adolescência de forma não planejada, o grau de escolaridade destacou-se nas gestantes com segundo grau completo e considerando o início o pré-natal de acordo com a idade gestacional, as gestantes tem iniciado o seu acompanhamento ainda no primeiro trimestre gestacional.

Com base nestes dados e com o perfil das gestantes estabelecido foi possível listar ações de gestão para Secretaria de Saúde, bem como a elaboração de uma proposta técnica sobre a implementação do aconselhamento preconcepção nas unidades básicas de saúde do município, com enfoque na adolescência.

Portanto, é possível que o serviço de atenção primária a saúde, com sua equipe de profissionais, implemente a estratégia elaborada na proposta técnica, utilizando como base o plano de implantação, para que sejam alcançados os resultados esperados de diminuição de gestações indesejadas na adolescência.

Posteriormente, após a implantação da proposta técnica, é possível realizar um novo levantamento de dados para obtenção de um novo perfil sócio demográfico e dados obstétricos, a fim de avaliar se a ação desenvolvida obteve impacto positivo na redução das gestações indesejadas na adolescência.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

LENZ, M. L. M e FLORES, R. **Atenção à Saúde da Gestante em APS**. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre, 2011.

OLIVEIRA, P. **Aconselhamento Pré-Natal: Por quê fazê-lo**. 03 abril 2012. Disponível em: <<http://www.lizankamarinheiro.com/aconselhamento-pre-natal-por-que-faze-lo/>>. Acesso: 23/10/2015.

MOCCELLIN, A. S; PASTOR, F. A. C e PRADA, J. R. G. **Planejamento e Gestão em Saúde da Mulher**. Brasília-DF. Disponível em: <http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5761/planejamento_e_gestao_em_saude_da_mulher_1.pdf> Acesso em: 16/12/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico**. 4ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnico. Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Série B. Textos Básicos da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O SUS de A a Z Garantindo saúde nos municípios**. CONASEMS: Conselho Nacional das Secretárias Municipais da Saúde, 3ª Edição. Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutivo**. Cadernos de Atenção Básica nº 26. Brasília 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. Brasília, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília, 2012.

SECRETÁRIA ESTADO SAÚDE DO PARANÁ. **Linha Guia –Rede Mãe Paranaense**. Paraná, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 24/10/2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Senado, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 24/10/2015.

BRASIL. **Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996**. Senado, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm>. Acesso em: 24/10/2015.

RAMOS, F. O. S.(A) **O direito fundamental ao planejamento familiar e a lei nº 9.263 de janeiro de 1996**. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/37759/o-direito-fundamental-ao-planejamento-familiar-e-a-lei-n-9-263-de-janeiro-de-1996>> Publicado em abril de 2015. Acesso em: 24/10/2015

RAMOS, S. P. (B) **Planejamento Familiar**. Bayer, 2015. Disponível em: <<http://www.gineco.com.br/saude-feminina/metodos-contraceptivos/planejamento-familiar/>> Acesso: 14/01/2015.

CONSULTA pré-concepcional. **Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf>. Acesso em: 25/10/2015

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº 02/2013**. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/folico.pdf>>. Brasília, 19 setembro 2013. Acesso em: 26/10/15

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Uso de antirretrovirais em gestantes**, s/d. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/uso-de-antirretrovirais-em-gestantes>>. Acesso em: 26/10/15.

AMENDOEIRA, M. R. R. e CAMILLO-COURA, L. F. **Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação**. Porto Alegre, 2010

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Atenção a Gestante e a**

Puérpera no SUS-SP. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo, 2010. FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). **Manual de Gestação de Alto Risco**, 2011.

GUANABENS. *et. al*; 2010. **Gravidez na adolescência: um desafio à promoção da saúde integral do adolescente.** Revista Brasileira de Educação Médica, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5022012000300004>. Acesso em: 02/12/15.

AUDI, *et. al*; 2008. **Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados.** Revista de Saúde Pública, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6642.pdf>>. Acesso: 14/01/2016.

CAVASSIN, S. e ARRUDA, S. **Gravidez na Adolescência: Desejo ou Subversão?**, 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf>. Acesso em: 02/12/15.

PNDS/2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. **Dimensões do Processo reprodutivo e da Saúde da Criança.** Brasília, 2009. Disponível em: <[tp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 14/12/2015.

CODOGNO, V. Brasil gasta R\$ 7 bilhões ao ano com gravidez precoce, diz ONU. **O Estadão**, 2013. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-gasta-r-7-bilhoes-ao-ano-com-gravidez-precoce-diz-onu,1091499>>. Acesso em: 14/12/2015.

IBGE. **Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/adolescencia_contra_etica_diretrizes.pdf>. Acesso em: 16/12/2015.

ALENCAR, T. **Consulta de Enfermagem na Avaliação Pré-Concepcional.** Disponível em: <<http://consultadeenfermagem.com/atualizacao-profissional/consulta-de-enfermagem-na-avaliacao-pre-concepcional/>>. Publicado: 15 julho de 2014. Acesso em: 18/12/2015.

RAMOS, H. A. C. e CUMAN, R. K. N. **Fatores de Risco Para Prematuridade: Pesquisa Documental**. Publicada: 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em: 20/12/2015.

SANTOS, I. A. e RUBIO, J. A. S. **A Orientação Sexual nos Anos Iniciais do ensino Fundamental: Possibilidades e Desafios**. Revista Eletrônica Saberes da Educação, 2013. Disponível em: <<http://www.facsao Roque.br/novo/publicacoes/pdf/v4-n1-2013/Inaia.pdf>>. Acesso em: 20/12/2015.

SANTOS, C. A. C. e NOGUEIRA, K. T. **Gravidez na adolescência: falta de informação**. Adolescência e Saúde. Vol. 6 nº 1 – Jan/Mar 2009. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=42. Acesso em: 15/01/2016.

ROSSETTO, C. E. **ABC Simplificado da Enfermagem**. 2ª ed. Ed. Pancast. São Paulo, 1997.

EISENSTEIN, E. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. Revista Oficial do Núcleo de Estudos da saúde do Adolescente/UERJ. Vol. 2 nº 2 – Abr/Jun 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 11/02/2016.

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	43
ANEXO 2 – FICHA DE CADASTRO DE GESTANTE DO SIS PRÉ-NATAL	44



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLOMBO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Memorando 375/2015

SMS

A/C

Sr^a. Lidianne Mendonça Gomes

Unidade de Saúde Jardim das Graças

Colombo, 17 de setembro de 2015

Declaro que fui informado dos objetivos do levantamento de dados epidemiológicos, e concordo em autorizar a execução da mesma na Unidade de Saúde Jardim das Graças. Caso necessário, a qualquer momento como instituição Co-participante desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo das usuárias do serviço de saúde.

Atenciosamente.



FERNANDO CESAR AGUILERA
Secretário Municipal de Saúde

Rua XV de Novembro, 213
CEP 83.414-000 – Colombo - PR
Tel.: (41) 3656-3606
E-mail - atencaobasica@colombo.pr.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAÚDE DA MULHER - PRÉ-NATAL

SISPRENATAL

CADASTRO GESTANTE Pré-Natal - COLOMBO

Unidade de Saúde	Prontuário	Data: / /
CNES US	Médico Responsável	
Nome Enfermeiro:	CNES Profissional	CBO Profissional
Cartão SUS	NIS	
Nome:	Data Nasc: / /	idade
Endereço	Nº	Bairro
CEP:	Telefones:	Área Microárea
Grau de instrução	Estado Civil:	Raça/Cor
Profissão:		
Nome mãe:		
Auxílio deslocamento: () Sim () Não	Gestante de Alto Risco () Não () Sim	Motivo?
Encaminhada para Alto Risco Maternidade:	Data: / /	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA		
Maternidade vinculada:	Gestação atual planejada () Sim () Não	
DUM / /	Semanas se DUM Igno s d	Peso Altura DPP / / IMC
Tipo da gravidez atual: () Única () Gemelar () Tripla ou mais () Ignorada	Idade da 1ª Gestação:	
Nº de Partos anteriores:	Vaginal Cesarea Fórceps	Aborto () Molar () Ectópico () Ignor.
Nascidos vivos	Nº filhos vivem	Final da gestação anterior < 1 ano () N () S
Nº filhos < 2500g	Nº filhos > 4000g	Nº filhos mortos () menos 1 semana () depois de 1 semana
1ª ECO / /	Resultado: semanas/dias /	Obs:
2ª ECO / /	Resultado: semanas/dias /	Obs:
3ª ECO / /	Resultado: semanas/dias /	Obs:
Anti-tetânica (Prescrever esquema vacinal ou aguardar comprovação)		Realizou exame Preventivo
Ver tabela	1ª dose	2ª dose
()		
Hepatite B		Influenza
Ver tabela	1ª dose	2ª dose
()		
Imune ()		Não () Sim ()
ano: / /		Data: / /
História de DST? () N () S		Qual? / /
Tratou? () N () S		
ANTECEDENTES CLÍNICOS (Obs: sempre 1ª consulta)		
Diabetes	() Não () Sim	Tromboembolismo
Pré-eclâmpsia	() Não () Sim	Doença Mental
Eclâmpsia	() Não () Sim	Hipertensão
Cardiopatia	() Não () Sim	Outros:
ACOMPANHAMENTO ATUAL DA GESTANTE		
Trabalho de parto Prematuro	() Não () Sim	Diabetes gestacional
Isoimunização	() Não () Sim	Se, sim usa insulina
Infecção urinária	() Não () Sim	Pré-eclâmpsia
Oligo/polidrâmnio	() Não () Sim	Eclâmpsia
Alcool	() Não () Sim	Violência Doméstica
Cardiopatia	() Não () Sim	Hemorragia 1º Trimestre
Ruptura prematura de membranas	() Não () Sim	Hemorragia 2º Trimestre
Incompetência Istmo-/cervical	() Não () Sim	Hemorragia 3º Trimestre
HIV/AIDS	() Não () Sim	Hipertensão uso medicamentos
Drogas	() Não () Sim	Pós-Datismo
CIUR (Crescimento intra uterino restrito)	() Não () Sim	
Realizado Atendimento Odontológico - Não () Sim ()	Data: / /	Nº
Participação em Atividade Educativa - Não () Sim ()		
1º Data: / /	2º Data: / /	3º Data: / /
Testes Rápidos	Solicitação	Resultado Hora
Gravidez () Não () Sim	Data: / /	Hora: / /
HIV () Não () Sim	Data: / /	Hora: / /
Sífilis () Não () Sim	Data: / /	Hora: / /
Outro: / /	Data: / /	Hora: / /
Realizou visita a Maternidade Não () Sim ()		
Data: / /		
Obs.:		

